

ESTUDO CLÍNICO DOS PACIENTES PORTADORES DE VITILIGO NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HU-UFJF

Ígor Brum CURSI, Jean Khoury JOSÉ, Rodolfo Vieira VALVERDE, Maria Teresa Feital de CARVALHO, Aloísio GAMONAL
Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

Os autores apresentam um estudo clínico dos pacientes portadores de vitiligo no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da UFJF. Foram cadastrados 40 pacientes, no período compreendido entre março de 2000 a março de 2001. Foram avaliados dados referentes à idade do início da enfermidade, característica inicial, doenças associadas, fatores precipitantes, *peliose*, fenômeno de Koebner, história familiar, classificação e terapêutica.

PALAVRAS-CHAVES

vitiligo; discromia; acromia.

INTRODUÇÃO

O vitiligo é, seguramente, pelas implicações de natureza estética e emocional, como pela incidência e pelo problema terapêutico que representa, a mais relevante das afecções discrômicas (alterações em que apenas a cor da pele se modifica, afastando-se da cor normal). Trata-se de uma desordem dermatológica cuja natureza ainda não se conhece com precisão, sendo caracterizada por uma hipopigmentação, que pode tornar-se progressiva com o passar do tempo.¹

Sua incidência, segundo estatísticas referidas por diversos autores em grupos populacionais diferentes, varia entre 0,8 e 8,8% de todas as dermatoses, e enquanto uns admitem uma predisposição familiar, outros assinalam nítida influência emocional, o que é realmente comum na experiência da maioria dos especialistas, quer no aparecimento da doença, quer no seu agravamento e aparecimento de novas lesões. O vitiligo ocorre em todas as raças, pode desenvolver-se em qualquer idade e afeta, igualmente, ambos os sexos, embora alguns admitam uma incidência ligeiramente maior no sexo feminino.²

Admite-se a possibilidade de que a doença esteja condicionada à herança autossômica dominante, de penetrância variada. Estudos genéticos têm demonstrado que certos genes são cruciais ao desenvolvimento do vitiligo. Alterações simultâneas em vários genes causariam a doença ou aumentariam sua susceptibilidade.³

A experiência adquirida na convivência clínica com um número razoável de casos de vitiligo induz a admitir-se que, na realidade, deve tratar-se de uma síndrome, variando os mecanismos etiopatogênicos de um caso a outro. No momento, são várias as hipóteses para explicar a sua causa: na hipótese neurogênica, uma hiperatividade das terminações nervosas periféricas daria lugar à formação e liberação de substâncias despigmentantes ou capazes de uma ação tóxica sobre os melanócitos, inibindo a formação de melanina. Baseia-se na localização unilateral ou segmentar observada em formas de vitiligo. A autodestruição dos melanócitos resultaria de uma falha nos mecanismos que remo-

vem ou neutralizam substâncias tóxicas precursoras de melanina (quinonas e fenóis). A hipótese auto-imune é a que reúne mais numerosos e mais consistentes argumentos a seu favor: a associação de vitiligo com várias outras doenças auto-imunes, como distúrbios de tireóide, diabetes, doença de Addison, alopecia areata, bem como o achado, mediante técnicas especiais de imunoprecipitação, de anticorpos contra melanócitos humanos normais, falam nesse sentido.^{4,5}

O fenômeno de Koebner, ou isomorfismo, tem papel importante no desenvolvimento do vitiligo. O fenômeno consiste no aparecimento da discromia no local de um trauma anterior. O tipo de injúria é usualmente mecânico, porém outras formas de agressões ao tecido podem ocorrer, como a exposição excessiva aos raios ultravioleta.⁶

O início da doença é geralmente lento, insidioso, surgindo uma ou mais manchas em que a cor da pele tem sua tonalidade diminuída em relação à feição normal. Essas manchas evoluem para total acromia, de tonalidade branco-leitosa, não raro com orla hipercrômica. Algumas localizações são nitidamente preferenciais: genitália, saliências articulares, dorso das mãos e pés, face, sendo quase sempre bilateral e simétrica no adulto e segmentar na criança.

O diagnóstico do vitiligo, em geral, não oferece maiores dificuldades. As acromias têm um aspecto característico: o freqüente contorno hipercrômico, ausência de manifestações subjetivas e de qualquer outra sintomatologia associada, cutânea ou sistêmica, são dados que permitem o diagnóstico da afecção em sua forma pura. Além disso, na grande maioria dos casos, ocorre também descoloração dos pêlos nas áreas acometidas (*peliose*).

Em relação ao tratamento, o conceito de que o vitiligo "é uma doença incurável" é uma generalização imprópria e prejudicial, que deve ser evitada. Os produtos à base de psoraleno e seus derivados, mais a exposição à luz solar, coadjuvados eventualmente pelo emprego de corticosteróides, produzem efeito repigmentador em apreciável quantidade de casos. A resposta final parece, porém, depender mais da capacidade do organismo do paciente de deter o processo de destruição dos melanócitos do que simplesmente da ação medicamentosa das drogas usadas.⁷

Procuramos, com essa análise, desenvolver um trabalho que caracterize os pacientes portadores de vitiligo atendidos nos ambulatórios de Dermatologia do HU-UFJF.

METODOLOGIA

Foram cadastrados 40 pacientes atendidos no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora, no período compreendido entre março de 2000 e março de 2001. Foi preenchido um protocolo de atendimento, constando de: dados pessoais (idade, sexo, cor), idade do início da enfermidade, característica inicial (distribuição/ lesão única ou múltipla),

presença de outras doenças associadas, fatores precipitantes, peliose, fenômeno de Koebner, história familiar e medicação prescrita.

O tipo de vitiligo foi classificado, conforme Fitzpatrick⁶, em focal, acrofacial, segmentar e vulgar, de acordo com as descrições do exame físico. É considerado focal, quando apresenta uma ou raras máculas acrômicas; segmentar, quando distribui-se em dermatômo; acrofacial, quando apresenta lesões na face e extremidades; e vulgar, quando não apresenta distribuição característica.^{5,6}

Os dados foram avaliados pela frequência estatística dentro da amostra e comparados aos da literatura. Os dados obtidos de evolução e tratamento não puderam ser analisados, em função de ser uma doença de curso lento.

RESULTADOS

Foram avaliados 40 pacientes portadores de vitiligo no Ambulatório de Dermatologia do HU-UFJF. Da amostragem, 53,5% dos pacientes eram procedentes de Juiz de Fora. Os demais pacientes eram naturais de áreas de influência da cidade. A população apresentou uma média de idade de 33,15 anos, variando de 03 a 73 anos. As lesões tiveram início, em sua maioria, em uma média de idade aproximada a 18,4 anos. A idade preponderante foi entre 0-10 anos (45,0%), seguida de 31-40 anos (22,5%) e 21-30anos (12,5%). Os intervalos 11-20 anos e 41-50 anos apresentaram frequências, respectivamente, de 10,0% e 7,5%. Pacientes que tiveram o início da lesão entre 51 e 60 anos representaram 2,5% dos portadores estudados (Tabela I).

Tabela 1

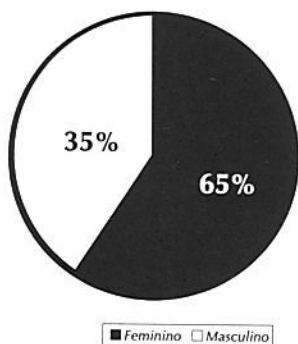
Distribuição de idade dos pacientes portadores de Vitiligo do Ambulatório de Dermatologia do HU - UFJF (n=40)

Faixa etária	N.º de pacientes	Porcentagem (%)
0 a 10 anos	18	45,0
11 a 20 anos	04	10,0
21 a 30 anos	05	12,5
31 a 40 anos	09	22,5
41 a 50 anos	03	7,5
51 a 60 anos	01	2,5
Total	40	100

A distribuição quanto ao sexo indicou 26 casos femininos (65,0%) e 14 masculinos (35,0%), conforme o Gráfico 1. Quanto à raça, temos: 28 brancos (70,0%), 07 negros (17,5%) e 05 pardos (12,5%) (Gráfico 1).

Gráfico 1

Distribuição quanto ao sexo (n=40)



Quanto à localização inicial da lesão, 12 ocorreram em face; 10 em membros inferiores; 04 em tronco; 03 em membros superiores; 02 em pescoço e 01 em mão, conforme a Tabela 2.

Tabela 2

Localização da Lesão Inicial nos pacientes portadores de vitiligo do Ambulatório de Dermatologia do HU - UFJF (n=40)

Localização da Lesão Inicial	N.º de pacientes	Porcentagem (%)
Face	12	30,0
MMII	10	25,0
Tronco	04	10,0
MMSS	03	7,5
Pescoço	02	5,0
Dorso das Mãos	01	2,5
Não Relatado	08	20,0
Total	40	100

De acordo com a classificação, o vitiligo vulgar incidiu em 22 pacientes (55,0%), seguido do focal, em 11 (27,5%), acrofacial, em 07 pacientes (17,5%) e, quanto ao segmentar, não houve representantes em nossa amostra.

Lesão única apareceu em apenas 07 portadores (17,5%) e lesões múltiplas, em 33 (82,5%). Quanto à localização, essas lesões distribuíram-se da seguinte forma: 07 acometeram a genitália; 13 as saliências articulares; 10 o dorso das mãos; 11 o dorso dos pés; 15 a face; 06 a planta da mão/planta do pé; 14 o tronco; 10 o pescoço e 12 as extremidades.

O estresse psicológico foi o fator precipitante de maior incidência, no total (55,0%). 06 casos (15,0%) tiveram o trauma como sendo o fator precipitante, 03 (7,5%) a exposição solar, 01 (2,5%) paciente relatou o início da discromia após a imersão em água contaminada. 08 pacientes (20,0%) não conseguiram indicar um fator desencadeante. Existiram 9 casos de peliose (22,5%): 06 na sobrancelha (66,7%) e 03 no couro cabeludo (33,3%). Foram constatados 10 casos de fenômeno de Koebner (25%).

Dermatoses concomitantes estiveram presentes em 06 pacientes (15,5%). Dentre elas, as encontradas foram: herpes simples, psoríase e dermatite seborréica. Não houve relato de distúrbios da tireóide; mal de Addison; diabetes mellitus; alopecia areata; anemia perniciosa ou qualquer outra doença auto-imune; 13 pacientes (32,5%) tiveram antecedentes familiares portadores de vitiligo.

O tratamento e as respostas foram variados. Foram utilizados tanto fotoestimulante tópico quanto sistêmico, além de corticóide tópico, creme e intralesional.

DISCUSSÃO

Muitos estudos epidemiológicos têm sugerido uma provável predisposição genética em certas pessoas⁸⁻⁹. Em nosso trabalho, 32,5% dos pacientes tiveram antecedentes familiares portadores de vitiligo, reforçando essa possível predisposição hereditária. Outros autores admitem que essa leucodermia tem caráter autossômico dominante, com expressividade variável e penetrância incompleta¹⁰⁻¹¹. A grande quantidade de pacientes que passaram por estresse psicológico no período que antecedeu o aparecimento da lesão reforça a importância da possível etiologia neural do vitiligo⁴, o que também foi observado nesta pesquisa.

A idade média do início da lesão de 18,4 anos confere com os dados obtidos por Mosher e seus colaboradores¹², nos quais essa idade antecede os 20 anos. Do mesmo modo que no

estudo realizado por Woo Hyng Chun e Seung-Kyung Hann¹³, a face também foi, em nossa pesquisa, o local mais freqüente da lesão inicial. Porém, diferentemente daquele estudo, os membros inferiores ocuparam o 2º lugar, ao invés do tronco.

Apesar de diversos autores enfatizarem uma associação de doenças auto-imunes com o vitiligo,^{12,13} nenhum relato de sintomas e nenhum sinal clínico de distúrbios da tireóide, Mal de Addison, diabetes mellitus, alopecia areata, anemia perniciosa ou qualquer outra doença auto-imune foram constatados. Foi relatado um caso de asma concomitante.

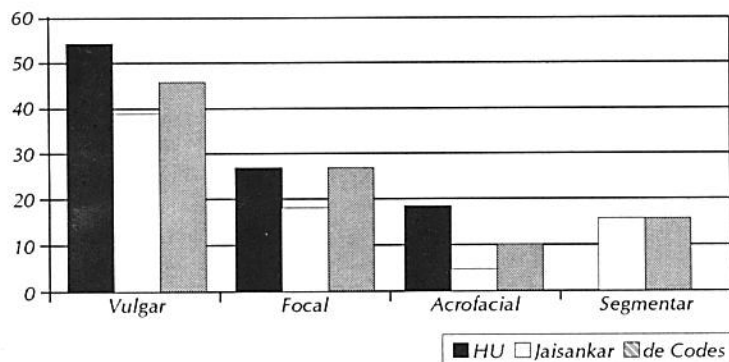
O fenômeno de Koebner está intimamente relacionado com o vitiligo¹². Nosso trabalho mostra que um quarto dos pacientes foi acometido por esse fenômeno. No estudo de Maria I. Barona¹⁴, foi constatado um alto índice de casos relacionados ao fenômeno de Koebner.

A distribuição da doença em alguns estudos prévios não demonstrou diferenças significantes entre os sexos¹⁵. Outros trabalhos sugerem a predominância no sexo feminino¹⁶. No presente estudo, existiu predomínio do sexo feminino.

A maior incidência de lesões múltiplas foi semelhante ao encontrado na literatura¹¹⁻¹⁷, que possui o tipo vulgar como predominante (Gráfico 2).

Gráfico 2

Classificação do tipo de Vitiligo encontrado no HU-UJFJ e comparação com o encontrado por Jaisankar¹⁷ e deCodes¹¹



CONCLUSÃO

Vitiligo é uma doença predominantemente inestética, não apresentando, nesta amostragem, associação com doenças auto-imunes, como já foi citado na literatura. Acometeu mais o sexo feminino, faixa etária de 0 a 10 anos, sendo a forma vulgar a mais freqüente e o estresse psicológico o fator mais citado como precipitante e agravante.



SUMMARY

CLINICAL STUDY OF PATIENTS WITH VITILIGO IN THE SERVICE OF DERMATOLOGY OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF UFJF

The authors present a study about vitiligo in the Service of Dermatology of the University Hospital of UFJF. 40 patients were registered in the period of March of 2000 to March of 2001. Vitiligo was appraised as refers to the

beginning of the manifestations, symptoms, initial location and evolution of the lesions, associated diseases, precipitating factors, Koebner phenomenon, classification and treatment.

KEY WORDS

vitiligo; hypomelanotic disorders; amelanosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Nath SK, Majumder PP, Nordlund JJ. Genetic epidemiology of vitiligo: multilocus recessivity crossvalidated. *Am J Hum Genet* 1994; 55(5): 981-90.
- 2 - Hann SK, Chun WH, Park YK. Clinical characteristics of progressive vitiligo. *Int J Dermatol* 1997; 36: 353-355.
- 3 - Lacour JP, Ortonne JP. Genetique du vitiligo. *Ann Dermatol Venereol* 1995; 122(4): 167-71.
- 4 - Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia* 2ª edição; editora Artes Médicas Ltda. São Paulo 2000:270-273.
- 5- Carvalho VO, Marioni LP, Tarastichuck AV, Giraldi S, Abagge KT. Vitiligo: análise de 174 casos na população pediátrica. *An bras Dermatol* Rio de Janeiro 1998; 73(5): 419-423.
- 6 - Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K. *Biology of melanin pigmentary system*. 1979:131-57,582-92.
- 7- Azambuja R. *Tratamento de Vitiligo*. Brasília Médica 1981; Vol. 18: 3-4.
- 8 - Hafez M, Sharaf L, Abd-el-Nabi SM. The genetics of vitiligo. *Acta Derm Venereo (Stockh)* 1983;63;249-51
- 9 - DAS SL, Mjumder PP, Chakraborty R. Studies on vitiligo. Epidemiological profile in Calcutta, India. *Genet Epidemiol* 1985;2:71-8
- 10 - Bhatia PS, MohanL, Pandey ON, et al. Genetic nature of vitiligo. *J Dermatol Sci* 1992;4:180-4
- 11 - DE Codes VRCF, Sosnowski MI. Vitiligo infantil-patologias associadas. *Rev Arg Derm* 1986;67:106-
- 12 - Betterle C, Caretto A, DeZio A et al. Incidence and significance of organ-specific autoimmune disorders (clinical latent or only antibodies) in patients with vitiligo. *Dermatologica* 1985;171:419-23.
- 13 - Allinson JR, Curtis AC. Vitiligo and pernicious anemia. *Arch Dermatol* 1955;72:407-9
- 14 - Barona MI, Arrunátegui A, Falabela R, Alzate A. A epidemiologic case-control study in a population with vitiligo. *Journal of American Academy of Dermatology*. October 1995
- 15 - Woo Hyung Chun and Seung-Kyung Hann. The progression of nonsegmental vitiligo: clinical analysis of 318 patients. *Int J Dermatol*. 1997;36,908-910.
- 16 - Bisseau-Garsud, Anne-Marie GP, Claire RCS, Hélénon R. Epidemiology of vitiligo in French West Indies (Isle of Martinique). *Int J Dermatol* 2000;39 18-20.
- 17 - Jaisankar JT, Baruah MC, Garg BR. Vitiligo in children. *Int J Dermatol* 1992;31:621-3.